

### 1. člen VSEBINA

- (1) Splošni pogoji za zavarovanje tveganja raka (v nadaljevanju: pogoji) so sestavni del pogodbe, ki jo zavarovalec sklene z ADRIATICOM SLOVENICO Zavarovalno družbo d.d. Koper (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- (2) To zavarovanje je oblika življenjskega zavarovanja, pri katerem se izplača zavarovalna vsota za primer smrti, če zavarovanec umre zaradi raka. Sestavni del zavarovanja je tudi kritje za primer prve postavitve diagnoze raka in zavarovanje dnevnega nadomestila za bolnišnično zdravljenje. Zavarovanje za primer smrti se nanaša na katerokoli obliko raka, zavarovanje prve postavitve diagnoze raka in zavarovanje dnevnega nadomestila za bolnišnično zdravljenje, pa se nanašata na v teh pogojih navedene oblike raka, specifične za ženski spol (v nadaljevanju: ženski rak). Če je zavarovanju priključeno tudi zavarovanje za partnerja, pa se zavarovanje lahko nanaša tudi na oblike raka, specifične za moški spol (v nadaljevanju: moški rak).
- (3) Izrazi v teh pogojih pomenijo:  
**zavarovalec** – oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo;  
**zavarovanec** – oseba ženskega ali moškega spola, od katere obolevnosti za eno izmed oblik raka je odvisno izplačilo zavarovalnice;  
**zavarovalna vsota za primer smrti** – znesek, ki ga zavarovalnica izplača upravičencu v primeru smrti zavarovanca zaradi raka;  
**zavarovalna vsota za primer prve postavitve diagnoze raka** – znesek, ki ga zavarovalnica izplača zavarovanecu v primeru postavitve diagnoze zavarovanca za eno izmed v teh pogojih navedenih oblik raka;  
**dnevno nadomestilo za bolnišnično zdravljenje** – znesek, ki ga zavarovalnica izplača zavarovanecu v primeru hospitalizacije zavarovanca zaradi ene izmed v teh pogojih navedenih oblik raka;  
**čakalna doba** – obdobje od datuma začetka zavarovanja, navedenega na polici, v katerem zavarovanec še nima zavarovalnega kritja, kljub temu da obstaja obveznost plačevanja premije.

### 2. člen: SKLENITEV IN TRAJANJE ZAVAROVALNE POGODBE

- (1) Ponudba za zavarovanje se predloži zavarovalnici v pisni ali elektronski obliki na obrazcu zavarovalnice. Ta predstavlja predlog za sklenitev zavarovanja. Podpiše jo zavarovalec. Če zavarovalec in zavarovanec ni ista oseba, morata ponudbo podpisati oba.
- (2) Če zavarovalnica ponudbe ne sprejme, mora v 8 dneh po njenem prejemu o tem pisno obvestiti ponudnika. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, se šteje, da je pogodba sklenjena, ko je zavarovalnica ponudbo prejela. Na podlagi sklenjene zavarovalne pogodbe zavarovalnica izstavi in pošlje zavarovalcu polico.
- (3) Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navajanja razlogov.
- (4) V primeru, če zavarovalec v času po pošiljanju podpisane ponudbe zavarovalnici in do izstavitve police iz 2. odstavka tega člena zavarovalnici sporoči svojo željo po spremembi obsega zavarovalnega kritja, izda zavarovalnica, če se s tem strinja, polico z upoštevanjem takšne želje zavarovalca.
- (5) Po prejemu police lahko zavarovalec v 30 dneh vsebini police ugovarja ali v tem roku zavarovalnici sporoči, da odstopa od pogodbe, pri čemer zavarovalcu ni potrebno navesti razloga za svojo odločitev. Če zavarovalnica v tem roku od zavarovalca ne prejme ugovora polici oziroma sporočila o odstopu, se šteje, da je zavarovalna pogodba sklenjena, kot izhaja iz police. V primeru odstopa mora vsaka pogodbeni stranka vrniti drugi vse, kar je prejela na podlagi te pogodbe.
- (6) Zavarovalno kritje za vse nevarnosti po teh pogojih se začne ob 00.00 uri dneva po izteku treh mesecev od datuma, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja (potek čakalne dobe), pod pogojem, da je zavarovalec do datuma začetka zavarovanja vplačal znesek celotne prve premije, ali če je podpisal izjavo, s katero dovoljuje odtegotvanje zavarovalne premije s svojega računa.
- (7) Če prva premija ni plačana do datuma, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, zavarovalno kritje prične ob 00.00 uri dneva po izteku treh mesecev od prvega dne v naslednjem mesecu po mesecu, ko je bila prva dogovorjena premija plačana v celoti, s pogojem, da se zdravstveno stanje zavarovanca v tem času ni poslabšalo.
- (8) Zavarovanje traja do poteka 00.00 ure tistega dne, ki je na polici naveden kot potek zavarovanja oziroma do smrti zavarovanca, če je to prej. Če je k zavarovanju priključeno tudi zavarovanje za partnerja, zavarovanje traja do poteka 00.00 ure tistega dne, ki je na polici naveden kot potek zavarovanja oziroma do smrti zadnjega od obeh zavarovancev, če je to prej.

### 3. člen: KDO SE LAHKO ZAVARUJE

- (1) Zavarujejo se lahko zdrave osebe od dopolnjenega 18. leta starosti do dopolnjenega 60. leta starosti, na zavarovalno dobo največ 10 let ob pogoj, da oseba ob poteku zavarovanja ni starejša od 65 let. V primeru, če se zavaruje tudi partner moškega spola, je pristopna starost lahko največ 55 let.
- (2) Za partnerstvo po teh pogojih se šteje zakonska zveza ali druga pravno priznana skupnost, če traja vsaj 6 mesecev.

### 4. člen: POJEM RAKA

- (1) Po teh pogojih je rak prisotnost nekontrolirane rasti in širitve malignih celic ter invazije v tkiva. Opravljena mora biti histologija maligne rasti in medicinsko dokazana invazija malignih celic v tkiva. Pod pojmom raka se razumejo samo tiste oblike raka, ki zahtevajo zdravljenje v obliki operacije, radioterapije ali kemoterapije. Diagnoza mora biti potrjena s strani specialista.

- (2) Ženski rak je prvi pojav raka pri zavarovancu ženskega spola, ki se pojavi na naslednjih delih telesa: dojki, maternični vrat, maternično telo, jajčnika, jajcevod, nožnica in vulva.
- (3) Moški rak je prvi pojav raka pri zavarovancu moškega spola, ki se pojavi na naslednjih delih telesa: prostata, moda, penis in prsi.

### 5. člen: OBVEZNOST ZAVAROVALNICE V PRIMERU SMRTI ZARADI RAKA

- (1) Če zavarovanec umre v času trajanja zavarovalnega kritja zaradi posledic raka, zavarovalnica izplača upravičencu določeno zavarovalno vsoto za primer smrti. Če zavarovanec umre iz kakšnegakoli drugega vzroka, zavarovalnica nima obveznosti.
- (2) Zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za primer smrti ne glede vrsto raka.

### 6. člen: OBVEZNOST ZAVAROVALNICE V PRIMERU PRVE POSTAVITVE DIAGNOZE RAKA

- (1) Če se pri zavarovancu v času trajanja zavarovalnega kritja diagnosticira ena izmed oblik ženskega oziroma moškega raka in se to zgodi prvič v času trajanja zavarovalnega kritja, zavarovalnica izplača dogovorjeno zavarovalno vsoto za primer prve postavitve diagnoze raka.
- (2) Zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za primer diagnoze raka po tem členu največ enkrat v času trajanja zavarovanja za posameznega zavarovanca in samo v primeru, če zavarovanec preživi obdobje 30 dni od dneva ugotovljene diagnoze ženskega oziroma moškega raka v skladu s temi pogoji.
- (3) Šteje se, da je zavarovanec zbolel za eno izmed oblik ženskega oziroma moškega raka, če je bila zavarovancu postavljena diagnoza bolezni, ki popolnoma ustreza definiciji iz 4. člena. Vsa druga stanja in opredelitve, ne glede na to, ali se v medicinski praksi opredeljujejo z istim nazivom, se ne štejejo za zavarovalni primer po teh pogojih.

### 7. člen: OBVEZNOST ZAVAROVALNICE IZ NASLOVA DNEVNEGA NADOMESTILA ZA BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE

- (1) Zavarovalnica izplača dogovorjeno dnevno nadomestilo za bolnišnično zdravljenje, in sicer za čas od prvega do zadnjega dne bivanja v bolnišnici ob pogoj, da je zavarovanec hospitaliziran zaradi diagnoze ženskega oziroma moškega raka.
- (2) Za hospitalizacijo po tem členu se šteje namestitve v splošni ali specialistični bolnišnici oziroma kliniki, katerih dejavnost je poglobljena diagnostika in zdravljenje. V odstopanju od navedenega se za hospitalizacijo ne šteje namestitve, ki je posledica eksperimentalnega zdravljenja (preizkušanja novih metod zdravljenja). Namestitve v zdraviliščih po teh pogojih prav tako ne šteje za hospitalizacijo. Za hospitalizacijo po teh pogojih se upošteva le neprekinjena, več kot 24 ur trajajoča zdravstvena oskrba osebe v posteljni enoti bolnišnice oziroma klinike. Začne se s sprejemom, nadaljuje z eno ali več epizodami in zaključuje z odpustom. Prvi in zadnji dan bolnišničnega zdravljenja se štejeta kot en dan.
- (3) Zavarovalnica v času trajanja zavarovanja izplača po tem členu zavarovalnino skupaj največ v višini 100 dnevni nadomestil za bolnišnično zdravljenje za posameznega zavarovanca.

### 8. člen: OMEJITVE IN IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- (1) Izključene so obveznosti zavarovalnice, če je škodni dogodek posredna ali neposredna posledica zdravstvenega stanja, ki ga je imel zavarovanec pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe, v primeru, če je zavarovanec vedel, da ima raka, se je zanj zdravil ali se je nameraval zdraviti, ali se je posvetoval o tej bolezni z usposobljenim medicinskim osebjem, ali če so laboratorijski izvidi ali preiskave, opravljeni pred sklenitvijo zavarovanja, nakazovali možnost za obstoj raka.
- (2) Obveznost zavarovalnice po teh pogojih je izključena v primerih:
  - a. vseh tumorjev, ki so opisani kot benigni, predmaligni, mejno maligni, z nizkim malignim potencialom, neinvazivni ali v katerikoli stopnji displazije;
  - b. vseh lezij, opisanih kot carcinom in situ;
  - c. predrakavih sprememb materničnega vratu;
  - d. predrakavih sprememb prostate.
- (3) Zavarovalnica nima nobene obveznosti v primeru, če je bila diagnoza postavljena pred sklenitvijo zavarovanja ali v čakalni dobi.

### 9. člen: OBVEZNOST ZAVAROVALCA O PRIJAVLJANJU OKOLIŠČIN

- (1) Zavarovalec je ob sklenitvi pogodbe dolžan prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za oceno nevarnosti in so mu znane oziroma mu niso mogle ostati neznanne. Pomembne so predvsem tiste okoliščine, na katere je zavarovanec odgovoril na obrazcu zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica lahko zahteva razveljavitev zavarovalne pogodbe oziroma odkloni izplačilo zavarovalne vsote, če je zavarovalec namenoma zamolčal katerokoli okoliščino takšne narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari.
- (3) Če je bila pogodba razveljavljena iz razlogov, navedenih v prejšnjem odstavku, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za čas do konca obdobja, v katerem je zahtevala razveljavitev pogodbe.

#### 10. člen: DOGOVOR O PLAČILU PREMIJE

- (1) Zavarovalec je dolžan plačevati premijo zavarovalnici, zavarovalnica pa je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ima interes, da je premija plačana. Dogovorjeno premijo se plačuje vnaprej, in sicer do vsakega 1. v mesecu.
- (2) Zavarovalnici pripada premija za posameznega zavarovanca do konca meseca, v katerem nastopi zavarovalni primer. Od nastanka zavarovalnega primera za posameznega zavarovanca se premije za tega zavarovanca ne plačuje več.
- (3) Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani, ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
- (4) Če zapadla premija ni plačana v dogovorjenem roku, zavarovalnica s priporočenim pismom pozove zavarovalca, da jo plača.
- (5) V primeru, če zavarovalec na poziv zavarovalnice ne plača premije niti v roku meseca dni od datuma, ko mu je bilo vročeno obvestilo o zapadlosti premije, in tega tudi ne stori katera druga zainteresirana oseba, se zavarovalna pogodba po poteku tega roka razdre. Z razdrom pogodbe preneha zavarovalno kritje, premija, ki je bila vplačana do razdrta pogodbe, pa se ne vrne.
- (6) Zavarovalnica si pridržuje pravico do spremembe premije. Premija se lahko spremeni ob izteku vsakega zavarovalnega leta. Zavarovalnica s priporočenim pismom obvestiti zavarovalca o spremembi zavarovalne premije najkasneje v roku 30 dni pred iztekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru, da se zavarovalec ne strinja s spremenjeno premijo, lahko v 15 dneh po prejemu priporočenega pisma zavarovalno pogodbo odpove. Če zavarovalec ne odpove zavarovalne pogodbe, se premija spremeni z začetkom naslednjega zavarovalnega leta.
- (7) Zavarovanje nima odkupne in kapitalizirane vrednosti ter ni udeleženo v delitvi presežka.
- (8) Če je k zavarovanju priključeno tudi zavarovanje za partnerja, se v primeru smrti zavarovalca v času trajanja zavarovanja vse obveznosti zavarovalca po zavarovalni pogodbi prenesejo na partnerja, razen če ta v roku 30 dni od smrti zavarovalca zavarovalnici sporoči, da ne želi nadaljevati pogodbenega razmerja.

#### 11. člen: DOLOČITEV UPRAVIČENCA

- (1) Zavarovalec določi upravičenca za izplačilo zavarovalnine v primeru smrti zavarovanca praviloma ob sklenitvi zavarovanja. Če zavarovalec upravičenca ne določi, veljajo za upravičenca zakoniti dediči zavarovanca.
- (2) Če zavarovalec ni hkrati tudi zavarovanec, je za določitev upravičenca potrebno pisno soglasje zavarovanca.
- (3) Če ni drugače določeno z zavarovalno pogodbo, se zavarovalna vsota v primeru ženskega oziroma moškega raka izplača zavarovancu, ki mu je bila diagnosticirana bolezen, ki je krita s temi pogoji.

#### 12. člen: OBVEZNOSTI OB ZAVAROVALNEM PRIMERU

- (1) V primeru smrti zaradi raka mora upravičenec zavarovalnici predložiti v pisni ali elektronski obliki zahtevek in na svoje stroške čim prej priskrbeti in predložiti naslednje listine:
  - polico;
  - izpisek iz matične knjige umrlih;
  - dokazilo o vzroku smrti;
  - dokazilo, da sme zahtevati izplačilo, če to ni razvidno iz police;
  - druga dokazila na zahtevo zavarovalnice.

- (2) V primeru postavitve diagnoze ženskega oziroma moškega raka mora zavarovanec čim prej priskrbeti in predložiti dokazila o obstoju zavarovalnega primera in sicer:
  - a. zdravstveno dokumentacijo z morebitnimi radiološkimi, histološkimi, laboratorijskimi, slikovnimi in drugimi dokazi o nastopu bolezni in drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovanca pred sklenitvijo in po sklenitvi zavarovanja;
  - b. po potrebi izpolnjeno in potrjeno specialistično zdravniško spričevalo o ugotovitvi raka na obrazcu zavarovalnice.
- (3) V primeru dnevnega nadomestila za bolnišnično zdravljenje je potrebno poleg dokumentacije iz prejšnjega odstavka predložiti tudi odpustnico iz bolnišnice.
- (4) Zavarovalnica lahko v postopku reševanja zavarovalnega primera na svoje stroške pošlje zavarovanca na pregled k medicinskim izvedencem, ki jih sama določi.
- (5) Zavarovalnica izpolni svojo obveznost v 14 dneh od dneva, ko je prejela vse dokaze o obstoju obveznosti in njeni višini. V primeru, da oseba, ki zahteva izplačilo, ne predloži vseh listin, določenih za posamezno zavarovalno kritje, začne teči ta rok od dneva, ko je bila zavarovalnici predložena zadnja listina.

#### 13. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec do preklica dovoljuje zavarovalnici, da v svojih zbirkah shranjuje, obdeluje in uporablja njegove osebne podatke, ki so potrebni za izvajanje zavarovanja in za namene obveščanja zavarovalca in zavarovanca o novostih in ponudbah s področja zavarovalnih in finančnih produktov.
- (2) Zavarovanec s podpisom ponudbe zavarovalnici in njenemu pooblaščenцу dovoljuje in ju pooblašča za vpogled v zdravstveno dokumentacijo ter drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotavljanje okoliščin za sklenitev zavarovanja in ugotavljanje obveznosti zavarovalnice.
- (3) Zavarovalec oziroma zavarovanec obenem soglaša, da zavarovalnica posreduje nekatere zbrane osebne podatke (osebno ime, naslov stalnega in/ali začasnega prebivališča, telefonsko številko, naslov elektronske pošte in številko telefaksa) tudi drugim družbam, ki so z zavarovalnico v kapitalskih povezavah, ter drugim z zavarovalnico povezanim odvisnim ali obvladujočim družbam. Le-te lahko podatke uporabijo samo za namene neposrednega trženja, med drugim za namene obveščanja zavarovalca o novostih in ponudbah s področja finančnih produktov.
- (4) Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko kadarkoli pisno zahteva, da se preneha z uporabo njegovih osebnih podatkov za namen neposrednega trženja po prejšnjem odstavku. Zavarovalnica se obvezuje, da bo najkasneje v 15 dneh preprečila uporabo osebnih podatkov, za katero je bilo dano dovoljenje po prejšnjem odstavku tega člena.
- (5) Zavarovalnica se obvezuje, da bo vse osebne podatke skrbno varovala v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.

#### 14. člen: PRITOŽBENI POSTOPEK IN PRISTOJNOST V PRIMERU SPORA

- (1) Zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec lahko v 15 dneh po prejemu pisne odločitve vložijo pisno pritožbo na zavarovalnico, ki mora pritožbo obravnavati skladno z internim pravilnikom. Odločitev pritožbene komisije je dokončna in nadaljnji postopki pri zavarovalnici niso možni.
- (2) V primeru nestrinjanja z dokončno odločitvijo zavarovalnice se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri Mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja, iz določenih razlogov pa tudi pred Varuhom pravic s področja zavarovalništva.
- (3) Za urejanje razmerij iz zavarovalne pogodbe se uporablja slovensko pravo. V primeru sodnega spora je za reševanje pristojno sodišče v Kopru. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.